

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO - MEDICINA

COMISSÃO DE INTERNATO

"NEOPLASIAS MALIGNAS DO RETO - UMA ANÁLISE DE 76 CASOS
TRATADOS CIRURGICAMENTE".

MAIO/88.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
COMISSÃO DE INTERNATO

"NEOPLASIAS MALIGNAS DO RETO - UMA ANÁLISE DE 76
CASOS."

- * Roberto Henrique Benedetti
- * Reginaldo Manganelli Coimbra
- * Alunos da 12a.Fase - Medicina

Florianópolis, Maio de 1988.

AUTORES:

REGINALDO MANGANELLI COIMBRA

Nº DE MATRÍCULA:8225439 -7

ROBERTO HENRIQUE BENEDETTI

Nº DE MATRÍCULA:8225440 -0

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS :

Ao Dr. José Mauro dos Santos
Pelo incentivo, empenho e orientação.

Ao Sr. Marcos Romeu Benedetti

Pela ajuda com o manejo, computação e
impressão dos dados.

Ao Serviço de Coloproctologia de Fpolis-HU e
Hosp. de Caridade

ÍNDICE

I	- RESUMO	01
II	- INTRODUÇÃO	02
III	- MATERIAL E MÉTODOS	04
IV	- PROTOCOLO	05
V	- RESULTADOS	06
VI	- TABELAS	08
VII	- COMENTÁRIOS	20
VIII	- CONCLUSÕES	25
IX	- ABSTRACT	26
X	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

RESUMO

Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 76 pacientes dos hospitais de Caridade e Universitário-UFSC, no período compreendido entre novembro de 1980 e maio de 1988 submetidos a cirurgia para carcinoma de reto e da junção reto-sigmóide.

Dentre as queixas clínicas referidas pelos pacientes as mais comuns foram o emagrecimento, hematoquezia, dor ano-retal e as alterações do hábito intestinal.

A lesão foi alcançável ao toque retal na grande maioria dos casos, o tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma sendo o procedimento cirúrgico mais realizado a cirurgia de Miles.

A maioria dos doentes encontrava-se em estádios avançados da doença sendo que as metástases mais freqüentes foram para o fígado.

Correlacionaram-se também o follow-up clínico dos pacientes com a classificação de Dukes.

INTRODUÇÃO

Embora todas as patologias que acometem as diferentes regiões do corpo humano, cerquem-se de certos tabus e aforismas, poucas podem ser comparadas com as que atingem a região ano-retal. Nos deparamos com problemas que giram na esfera psicológica, cultural e social do indivíduo. Existem medos e preconceitos que conseqüentemente envolvem o médico propiciando resultados por vezes desastrosos para o doente. Pode-se evidenciar muito bem estes fatos na condução dos pacientes portadores de neoplasias desta região.

Nos países ocidentais o câncer colorretal é a segunda neoplasia em freqüência sendo superada apenas pelo câncer de pulmão. Estima-se que surjam este ano nos E.U.A. 138 mil novos casos, e no ano de 1985 foram imputados 60.000 óbitos a essa patologia em tal país (1,5).

O câncer colorretal tem a sua incidência aumentada nas faixas etárias mais elevadas, começando o risco após os 40 anos de idade e declinando após os 80 anos, mas devemos também lembrar que indivíduos jovens podem ser acometidos.

A incidência de carcinoma colorretal em indivíduos com menos de 40 anos chega a 6% (2) e nos portadores de Polipose Familiar do cólon esta é de 100% (5,6,7). É importante, portanto, o diagnóstico de condições precursoras como o adenoma viloso, polipose familiar do cólon, polipos adenomatosos e síndrome de Gardner (1,3,5,6).

Por outro lado, os hábitos dietéticos "modernos" do homem ocidental, como a dieta pobre em fibra, rica em gordura e o uso de alimentos industrializados, tornam estas neoplasias mais freqüentes nos países ocidentais quando comparadas com os orientais com hábitos alimentares diferentes (5,14).

A frase "o diagnóstico ao alcance de um dedo" perde-se no espaço, já que é um exame simples, inócuo e não invasivo, *o físico* infelizmente não realizado pela grande maioria dos médicos durante o exame físico.

Em relação ao tratamento, poucas mudanças houveram desde que em 1908 Miles relatou uma experiência pessoal de 57 amputações abdomino-perineais do reto como tratamento do câncer desta região (6). Ainda hoje a conduta cirúrgica dos tumores de reto médio e inferior são extensões da operação clássica de Miles (6). Já para as lesões do reto superior existe uma tendência atual para a preservação esfinteriana, na impossibilidade desta fica sujeito o doente a colostomia definitiva (9,10). Nestes casos é imperativo uma assistência multidisciplinar, utilizando-se de psicólogos, médicos, familiares e sociedades de colostomizados de maneira que possa reintegrar-se ao convívio social o mais rapidamente possível.

adaptando-o à sua nova situação.

Este é um trabalho retrospectivo de caráter epidemiológico dos casos tratados pelo serviço de coloproctologia dos hospitais de Caridade e Universitário-UFSC.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 76 pacientes dos Hospitais Universitário-UFSC e de Caridade que foram submetidos a cirurgia para carcinoma de reto e junção retossigmoidiana pelo serviço de colo-proctologia destes Hosp.s no período compreendido entre novembro de 1980 e maio de 1988.

Consideraram-se somente os dados dos pacientes submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico quer seja paliativo ou curativo, todos portadores de neoplasias malignas do reto ou da junção retossigmoidiana. Foram excluídos os pacientes operados em outros serviços ou que procuraram a instituição para submeterem-se a tratamentos adjuvantes.

Revisaram-se individualmente os prontuários e foram anotados todos os dados considerados de importância para posterior análise, como seguem: número do registro geral no nosocômio, idade, sexo, tempo de internação, sintomatologia, tempo de sintomatologia até o diagnóstico, exame proctológico, toque, inspeção, especuloscopia, retoscopia, biópsia, suspeita clínica inicial, cirurgia realizada, resultado anatomopatológico, classificação de Dukes, dados sobre quimioterapia e radioterapia, presença de metástases e sua localização, tempo de sobrevida e follow-up. O modelo da ficha clínica utilizada para a coleta dos dados (protocolo) foi anexada ao final desta secção.

A classificação utilizada foi a de Dukes modificada como segue: "A" para os tumores restritos a mucosa, "B" tumores que infiltram a parede do órgão, "C1" quando acometem os gânglios pericólicos e "C2" quando atingem os gânglios a distância (principal). A disseminação tumoral foi classificada como "D" (Turnbull-1967), que é de uso corrente, nela foram enquadrados os pacientes que possuíam metástase a distância ou tumor localmente irresssecável(5).

O "follow-up" clínico compreendeu o período de acompanhamento do paciente desde a alta hospitalar até o último retorno a instituição.

Para o processamento dos dados, impressão de relatórios e tabelas utilizou-se um microcomputador da linha MSX-EXPERT, Gradiente, com unidade de disquetes acoplada e dos seguintes programas comerciais: DBASEIII (ASTON-TATE) e WRITE.

Protocolo/Neoplasia de RETO:

Nome:.....

Nºreg:.....

idade:.... d.n.:.....

end:.....fone:.....

d.inter.s:.....

Sintomas:() enterorragia ()alt.do hábito intestinal () diarreia

 () constipação

 () mucorréia

()tenesmo ()dor.....()exame de rotina ()tumoração ()febre ()icterícia

()oclusão ()semi-oclusão ()emagr....Kg

()perfuração ()recorrência local....

()anorexia ()anemia ()outros:.....

Tempo de sintomatologia até o diag.i-
nicial.....

Exame Proctológico:

Inspeção:.....

Toque:.....

Especuloscopia:.....

Retossig..Qtos cm.....

Suspeita clínica:.....

Orientação:.....

Biópsia ()sim--Qtos Frag:.....

Resultado:.....

Cirurgia realizada:.....

Anatomopat:.....Dukes:.....

Quimioterapia:()Prévia ()Pós-op ()p//

controle de metás.Esquema:.....

Radioterapia:(1)Prévia (2)Pós-op (3)Controle de metástases.Data:.....

Tinha Metástases prévias:()Fígado

()Pulmão ()Linfonódios ()Cérebro

()Óssos ()Útero ()Tubas Ut. ()Ovário

()Bexiga ()LOCAL ()Outros:.....

COMPLICAÇÕES:.....

FOLLOW-UP:()S/Sintomat.até:.....

()Recidiva Data:.....()Óbito.

SOBREVIDA em dias:.....

RESULTADOS

No período compreendido entre novembro de 1980 e maio de 1988, 76 pacientes foram submetidos a cirurgia para carcinoma do reto e junção reto-sigmoidiana consideraram-se somente os pacientes submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico, quer seja paliativo ou curativo.

A incidência de neoplasia de reto no grupo em estudo com relação ao sexo foram semelhantes, com 40 pacientes masculinos e 36 femininos. Tabela I.

Quanto a faixa etária podemos evidenciar uma maior incidência de neoplasia nos 50-59 anos e 60-69 anos, com 28.94% e 27.64% respectivamente. A incidência do câncer de reto em pacientes com idade inferior à 40 anos foi de 18.42% com uma maior frequência no sexo feminino em tais pacientes, taxa por sexo feminino/masculino igual a 1.33. A idade média foi de 53.76 anos, intervalo (15-83 anos). Tabela II.

O tempo médio de internação de internação foi de 30.4 dias variando de 3 - 90. O tempo médio de sintomatologia até o diagnóstico inicial foi de 9.28 meses, com intervalo de 0-48 meses.

O exame anatomopatológico mostrou ser o adenocarcinoma em 98.66% dos casos o tipo histológico mais frequente, seguido pelo carcinóide em 1.32%. Tabela III.

Quanto ao sítio da lesão neoplásica o reto foi o local mais frequentemente acometido, 86.84%, seguido pela junção reto-sigmoide em 13.16%. Tabela IV.

O toque foi realizado em 68 pacientes sendo a lesão alcançável em 61 casos (89.71%), e não alcançável em 10.29%. A inspeção evidenciou a lesão em 8 casos (11.76%) e foi normal nos 60 restantes (88.24%). A retoscopia foi realizada em 65 pacientes e localizou a lesão entre 1 e 16 cm, sendo que em média a lesão localizou-se 7.6 cm da margem anal. Tabela V.

A biópsia foi realizada em 60 pacientes sendo positiva para neoplasia em 53 casos (88.33%), em 2 (3.33%) foi negativa apesar de ter sido repetida por até três vezes e em 5 casos não conseguimos localizar os resultados. Tabela VI. Os 16 pacientes restantes não foram biopsiados por terem sido encaminhados do interior com o diagnóstico ou pela falta de cooperação do paciente em 1 caso ou por lesão retal estenosante distal ao tumor ou por apresentar quadro de abdômen agudo obstrutivo em 2 casos e perfurativo em 1 paciente quando do diagnóstico inicial.

Quanto ao procedimento cirúrgico realizado a cirurgia de Miles foi o mais realizado (51.32%), seguido pela colostomia (35.53%), operação de Dixon (7.69%), Hartmann (3.94%) e a Exeresse per ânus (1.32%). Tabela VII.

A distribuição dos pacientes com relação a classificação de Dukes modificada (24) foi a seguinte: D 27 casos (35.53%), C2 13 (17.10%), C1 em 18 (23.68%), B em 16 (21.05%) e A em 2 casos (2.63%). Tabela VIII.

Os sintomas mais frequentes foram o emagrecimento (67.1%); hematoquezia (63.16%); dor ano-retal (43.73%); e as alterações do hábito intestinal com constipação (42.1%), diarreia (40.79%) e a mucorréia (26.32%). Em apenas um paciente a neoplasia foi um achado de exame físico de rotina. Tabela IX.

Trinta doentes apresentaram complicações pós-operatórias. A infecção urinária foi a complicação mais frequente com um total de 19.05% seguida pela fístula estercoral em 11.9% e pela infecção de parede e de períneo com 9.52% cada. Tabela X.

A radioterapia foi realizada no pré-operatório em 8 pacientes e foi proposta no pós-operatório em 22. A quimioterapia foi realizada pré-operatoriamente em 2 casos e no pós-operatório em 13.

As metástases foram em ordem decrescente de frequência para o fígado (40%), órgãos pelvianos (17.78%) com um ou dois órgãos atingidos (útero, vagina, tubas uterinas, ovário), pelve congelada (17.78%). Tabela XI.

O follow-up clínico foi possível em 48 pacientes de um total de 76 (63.16%), com um tempo médio de 23.15 meses, com um mínimo de 3 e máximo de 87 meses. A sobrevivência média foi de 26.63 meses, com um mínimo de 4 m e máximo de 87 meses. Tabela XII.

TABELA I

Distribuição dos pacientes por
sexo em 76 pacientes.

SEXO	No.	%/Total Ptes.
Masculino	40	52.63%
Feminino	36	47.37%
TOTAL = 76		100.0%

Fonte: Prontuários dos Hosp. de Ca-
ridade e Universitário-UFSC
Florianópolis - 1980/1982.

TABLE II

Distribuição por Faixas Etárias e Sexo em 76 pacientes.

Faixa Etária	Sexo		Total	X/Total
	M	F		
< 19 anos	3	2	5	6.58
20-29 anos		1	1	1.32
30-39 anos	3	5	8	10.52
40-49 anos	4	6	10	13.16
50-59 anos	11	11	22	28.94
60-69 anos	14	7	21	27.63
70-79 anos	5	2	7	9.21
> 80 anos		2	2	2.63
Totais: 40 36			76	99.99

* P/Fet = Total por Faixa Etária
Fonte: Prontuários dos Hosp. de Caridade e Universitário-UFSC
Florianópolis 1980/1988.

*Sim
nao precisa.*

Florianópolis 1981-1988. — *isto*

48+36=84

(TABELA III)

slide

Resultados Anatomopatológicos em
76 pacientes.

Tipo Histológico No.Casos %/Total

Adenocarcinoma 75 98.68

Carcinóide 1 1.32

Totais: 76 99.99

Fonte: Prontuários dos Hosp.de Ca-
ridade e Universitário-UFSC
Fpolis 1980/88.

TABELA IV

Sítio da Lesão Neoplásica em 76
pacientes.

Localização	No. Casos	%/Total
RETO	66	86.84
JUNÇÃO RETO- -SIGMOIDE	10	13.16
Totais:	76	100.00

Fonte: Prontuários dos Hosp. de Ca-
ridade e Universitário-UFSC
Fpolis 1980/88.

TABELA V

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO PELO EXAME
PROCTOLÓGICO - 68 Pctes.

(Inspeção - Toque)

Lesão Neoplásica	Inspeção		Toque	
	No.	%	No.	%
Evidenciável	08	11.76	61	89.71
Não Evidenc.	60	88.24	07	10.29
<hr/>				
Totais : 68 100.0 68 100.0				

Fonte: Prontuários dos Hosp. de Ca-
ridade e Universitário-UFSC
Fpolis 1980/88.

TABELA VI

BIÓPSIAS X RESULTADOS - 60 PCTES.

Resultados	No.	%
Conclusivos para CA.	53	88.33
Negativos	2	3.33
Não Locali- da nos pront.	5 x	8.33 //
Totais :	60	99.99

Fonte: Prontuários dos Hosp. de Ca-
ridade e Universitário-UFSC
Fpolis 1980/88.

TABELA VII

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS EM 76 PACIENTES.

Procedimento Cirúrg. Realiz.	No.	%/TOTAL de pctes
MILES	39	51.32
COLOSTOMIA*	27	35.53
DIXON	6	7.89
HARTMAN	3	3.94
EXERESE PER ÂNUS	1 <i>L</i>	1.32

Totais :	76	100.0

Fonte: Prontuários dos Hosp. de Caridade e Universitário-UFSC
Fpolis 1980/88

* Pacientes com tumor irresssecável ou metástases à distância.

TABELA VIII

Relação percentual entre o número de pacientes e a classificação de Dukes (modificada) em 76 ptes.

DUKES	No.	%
"A"	02	2.63
"B"	16	21.05
"C1"	18	23.68
"C2"	13	17.10
"D"	27	35.53
Totais :	76	99.99

76%

Fonte: Prontuários dos Hosp. de Caridade e Universitário-UFSC
Fpolis 1980/88.

(TABELA IX)

SINTOMATOLOGIA (No. e %) em 76
pacientes.

(SINTOMAS)	No.	%/Total
EMAGRECIMENTO	51	67.10
HEMATOQUEZIA	48	63.16
DOR ANAL/RETAL	34	44.73
CONSTIPAÇÃO	32	42.10
DIARRÉIA	31	40.79
TENESMO	24	31.58
DOR ABDOMINAL	20	26.32
MUCORRÉIA	20	26.32
ANOREXIA/ASTE- NIA.	12	15.79
TUMOR <u>PER ÂNUS</u>	9	11.84
ANEMIA	9	11.84
ENTERORRAGIA	8	10.52
SEMI-OCLUSÃO	5	6.57
SINTOMAS URI- NÁRIOS.	3	3.95
OBSTRUÇÃO IN- TESTINAL	2	2.63
PERFURAÇÃO	1	1.32

Fonte: (Prontuários dos Hosp. de Ca-
ridade e Universitário-UFSC
Fpolis 1980/88)

Prontuários de 1981-1988

TABELA X

FREQUÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES PÓS-
OPERATÓRIAS EM 76 PACIENTES.

COMPLICAÇÕES	No.	%/COMPL
INFECÇÃO URINÁRIA	8	19.05
FÍSTULA ESTERCORAL	5	11.90
INFECÇÃO DE PAREDE	4	9.52
INFECÇÃO PERINEAL	4	9.52
<u>EVISCERAÇÃO</u>	3	7.14
INSUF. RENAL	3	7.14
ÓBITOS MEDIATOS(*)	2	4.76
PROLAPSO DE COLOST.	2	4.76
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.	2	4.76
ABSCESSO INTRA-PE- RITONEAL.	1	2.38
ABSCESSO PERI-CO- LOSTOMIA.	1	2.38
BRONCOPNEUMONIA	1	2.38
HEMORRAGIA PÓS-OP.	1	2.38
HÉRNIA INTERNA	1	2.38
HÉRNIA INCISIONAL	1	2.38
PNEUMOTÓRAX	1	2.38
TRAUMATISMO DE U- RETRA(sondagem)	1	2.38
SEPTICEMIA	1	2.38
<u>INSUF. ARTERIAL MMII</u>	1	2.38

Total de complicações = 42 em 30
pctes. Fpolis 1980/88

* Óbitos ocorridos durante a in-
ternação hospitalar.

TABELA XI

LOCALIZAÇÕES METASTÁTICAS em 35
pacientes.

(exceto Dukes C1 e C2)

Sítio Neoplásico No. %/Total
de Meta.

Fígado	18	40.00
Órgãos Pelvianos *	8	17.78
Pelve congelada	8	17.78
Carcinomatose Peri- toneal.	5	11.11
Pulmões	4	8.89
Óssos	1	2.22
Estômago	1	2.22

Total = 44 100.0

*1 ou 2 órgãos atingidos (Vagina ,
Tubas uterinas, Útero, Bexiga e ov-
ários).

Fonte: Prontuários dos Hosp. de Ca-
ridade e Universitário-UFSC
Fpolis 1980/88.

só tem 27 D
8 sítios de pelve cong.

(TABELA VII)

Neoplasia Maligna de reto.

FOLLOW-UP CLÍNICO E SOBREVIDA (ÓBITO) UTILIZANDO-SE A CLASSIFICAÇÃO DE DUKES (MODIFICADA)

DUKES	ACOMPANHAMENTO			SOBREVIDA (ÓBITO)		
	Nº	Nº	MÉDIA (M)	(MIN.-MAX.) INTERVALO	Nº	MÉDIA (MESES) (MIN.-MAX.) INTERVALO
A	02	02	22	(8 - 36)		
B	16	08	31.75	(6 - 64)	03	40.33 (27 - 64)
C ₁	18	13	32.23	(4 - 87)	03	42 (4 - 87)
C ₂	13	10	21.30	(5 - 60)	03	16 (12 - 22)
D	27	15	18.46	(3 - 26)	04	9 (7 - 13)
TOTAIS :	76	48	23.15	(3 - 87)	13	26.83 (4 - 87)

Fonte: (Prontuários (dos Hospitais de Caridade e Universitário/UFSC
Florianópolis) 1980 - 1988) e Prontuários de 1981-1988

COMENTÁRIOS

A incidência de câncer colorretal continua a elevar-se e é responsável por mais de 60.000 mortes nos E.U.A. por ano.

Apesar dos avanços no tratamento desta doença o quadro de sobrevivência nos anos 80 difere pouco daquele de 30 anos atrás.

A incidência cresce com a idade iniciando por volta dos 40 anos mantendo-se elevada até os 80 anos, observando-se um predomínio no sexo masculino na taxa de 1,2:1 (3), nossos dados são similares aos da literatura consultada, as faixas etárias mais acometidas foram as de 51-59 anos e 60-69 anos com 28,94 e 27,63% respectivamente, tabela II.

Em nosso estudo a incidência de câncer colorretal em menores de 40 anos de idade foi em muito superior a encontrada na literatura, com a maioria dos pacientes encontrando-se nos estádios C2 e D o que proporcionou uma opção terapêutica apenas paliativa com conseqüente diminuição da sobrevida. Muitos relatos tem estabelecido que o prognóstico do câncer colorretal para pacientes menores do que 40 anos é pior do que na população em geral. Isto se deve provavelmente as baixas incidências de câncer colorretal em adultos jovens (2 a 6%) (2), o que conduz a um diagnóstico tardio. Somase a isto, o comportamento biológico do tumor que é mais agressivo de que em pessoas maiores de 40 anos de idade, com uma alta incidência de tumores indiferenciados e mucinosos e de Dukes C2 e D nos pacientes (2). A falência precoce e as altas taxas de recorrência local do grupo menor de 40 anos de idade tem sido relacionado ao diagnóstico tardio e a alta incidência de tumores indiferenciados e mucinosos com uma taxa de sobrevida em torno do 2 anos de apenas 47% dos casos (16). Contudo em trabalho recentemente realizado no Instituto do Câncer de Montpellier na França o único parâmetro prognóstico significativo em tais pacientes e tido como de consenso universal foi a classificação de Dukes (2).

O adenocarcinoma de reto e cólon tem um tempo médio de duplicação (tempo requerido para o tumor dobrar em volume) de 130 dias sugerindo que pelo menos 5 anos e frequentemente 10 a 15 anos de crescimento silencioso são necessários para que o câncer produza sintomatologia (5).

Alterações discretas do ritmo intestinal, desconforto abdominal são sintomas com frequência não valorizados pelo médico. A sintomatologia é muito pobre ou inexistente como fizemos anteriormente, nos estádios iniciais sendo usualmente representada pela extensão ou complicação do tumor, as manifestações mais frequentes são as alterações na defecação,

sensação de reto cheio, eliminação de pequenas quantidades de muco sangüinolento que podem ocorrer diversas vezes ao dia. Nos casos mais avançados pode ocorrer dor e hemorragia. A / hemorragia profusa porém não é freqüente. Comumente associam-se alterações consunptivas com emagrecimento, anemia e anorexia.

Em nossa casuística os sintomas mais freqüentes foram: o emagrecimento (67.10%), hematoquezia (63.18%), dor ano-retal (44.73) e alterações do hábito intestinal com constipação em (42.10%), diarreia (40.78) e a mucorreia (26.32), TABELA IX. Explica-se o emagrecimento e a hematoquezia como sintomas principais devido, a demora na procura a assistência médica evidenciado pelo grande intervalo de tempo desde o início do quadro (9,28 meses em média) .

O toque retal alcançou a lesão em 89,71% dos casos sendo que em 11,76% já havia lesão evidenciável a inspeção. A retoscopia localizou a lesão entre 1 e 18 cm , sendo em média a 7.6cm da margem anal.

Infelizmente o toque retal não é um procedimento rotineiro no exame físico do paciente. Este uma vez realizado detectaria com certeza lesões em estádios iniciais com maior chance de procedimentos curativos.

Sallientamos a necessidade que a retossigmoidoscopia seja considerada como como um passo essencial do diagnóstico, devendo sempre preceder a realização de um estudo radiológico do cólon, pois a mesma não só serve como instrumento diagnóstico como também propicia uma avaliação adequada da posição, tamanho, grau de fixação e biópsia do tumor (8).

Existe um risco seis vezes maior para o desenvolvimento de câncer de cólon em pacientes que tiveram uma história de polipectomia prévia, quando comparados com a população em geral (1). A luz dos achados atuais há evidências que os pólipos adenomatosos são marcadores de risco para o câncer colorretal. Tivemos dois casos de adenomas vilosos que foram excisados per ânus. Sendo que um deles foi reoperado quando o resultado da biópsia mostrou se tratar de um adenocarcinoma Dukes B, optando-se por uma cirurgia de Miles. A outra paciente encontra-se em acompanhamento, pois é Dukes "A" .

Em nossa casuística não encontramos no grupo etário inferior a 40 anos nenhum fator predisponente para neoplasia colo-retal como a polipose familiar, o síndrome de Gardner, a retocolite ulcerativa e/ou história de polipectomia intestinal prévia.

O valor da investigação rotineira dos pacientes sem fatores de risco permanece controversa na literatura internacional. Nos EUA é uma prática prevalente e as recomendações da Sociedade Americana do Câncer são : 1. Exame retal digital iniciado aos 40 anos ; 2. Pesquisa de sangue oculto nas fezes depois dos 50 anos de idade e a sigmoidoscopia nos 50 e 51 anos e então a cada três a cinco anos se o exame inicial for negativo. (5).

Histologicamente, a maioria dos tumores malignos de reto são adenocarcinomas em 95% dos casos (6,8,3,4,5) em nossa casuística encontramos 98% destes e 1,32% (um caso) de tumor carcinóide. Na literatura consultada 1% dos tumores retais são carcinóides e 3% dos carcinóides do tubo digestivo localizam-se no reto.

A fim de avaliar o seu grau de malignidade e obter dados para estabelecer o prognóstico existem duas classificações: uma anatomo-patológica proposta por Dukes e outra histopatológica, idealizada por Broders. A primeira foi concebida pelo Dr. Cutherrt Dukes em 1940, do St. Marks Hospital de Londres, que de acordo com a disseminação do tumor na peça ressecada, se divide em A, B e C (6): O estadio A são aqueles casos em que o carcinoma está limitado a parede do reto, no B o tumor se disseminou além do reto por contigüidade, mas os linfonódios regionais estão livres e no estadio C os linfonódios já estão comprometidos. Dukes acreditava que com raras exceções as metástases ocorreriam apenas depois do tumor ter se estendido para os tecidos perirretais (1,3). A classificação de Dukes sofreu propostas de modificação por Astler-Collier 1954 e Gunderson-Sosin 1974, sem contudo nenhuma delas ser de consenso geral. A classificação de Broders não será analisada no presente trabalho.

A disseminação tumoral foi classificada em D (Turnbull-1967) que embora não faça parte das classificações acima citadas é de uso corrente, sendo nela enquadrados os pacientes com metástases a distância ou tumor localmente irrecorrível (21).

A terapêutica primária para o cancer de reto, junção retossigmoidiana é a ressecção cirúrgica (7). A abordagem cirúrgica depende dos seguintes fatores : da distância da lesão à margem anal, da configuração tumoral (se polipóide ou infiltrativo), da extensão do tumor, do grau de diferenciação, presença de metástases à distância e condições gerais do doente dentre outras.

Embora a preservação do esfíncter anal seja desejável isto deve ser secundário a necessidade de ressecção tumoral.

Os principais procedimentos cirúrgicos para os tumores retais são : ressecção abdomino-perineal do reto, ressecção anterior baixa do reto; outros procedimentos com preservação

esfincteriana como a anastomose transsacral; excisão local; fulguração (eletrocoagulação); laser fotocoagulação; procedimentos paliativos (Hartmann); radioterapia; quimioterapia e imunoterapia (5).

Os procedimentos realizados foram a cirurgia de Miles em 39 casos (51.32%); Colostomia em 27 (35.53%); cirurgia de Dixon em 6 casos (7.89%), cirurgia de Hartman em 3 (3.94%) e exereses per ânus em 1 caso (1.32%).

Encontramos complicações operatórias em 30 pacientes, perfazendo um índice de morbidade de 39.47%, segundo a literatura consultada esta gira em torno de 25 a 68% nas diversas técnicas empregadas (3). A morbidade é inversamente proporcional ao nível em que é efetuada a ressecção (6). Trabalhos citam índices de complicações em até 70% dos pacientes nas ressecções baixas. Dentre elas as mais frequentes são infecção urinária, infecção de períneo, infecção de parede, infecções intra-abdominais cuja deiscência da anastomose é a principal causa e as complicações cardio-pulmonares (p.ex.: T.E.P.).

A mortalidade pós-operatória precoce foi de 2.63% (2 doentes). As taxas de mortalidade variam de 2.7% (3,6) a 9.6% (21) conforme a literatura consultada (3,6,21).

As causas de óbito foram: o Tromboembolismo Pulmonar Maciço no 80.º dia pós-operatório de cirurgia de Miles que estava evoluindo satisfatoriamente em 1 caso e outro foi de uma paciente de 79 anos que internou com o estado geral comprometido e apesar de um preparo pré-operatório de aproximadamente um mês, eviscerou por volta do 40.º dia pós-óps. de cirurgia de Dixon desenvolvendo fístula estercoral. Foi reoperada realizando-se colostomia e drenagem, desenvolveu insuficiência renal aguda e faleceu no 20.º DO.

A frequência das metástases hepáticas varia de acordo com os diferentes trabalhos de 20 a 60% dos casos (11,12,13,15) e a recorrência pélvica em 16% dos casos (12%).

Em nossa série as metástases se fizeram mais frequentemente para o fígado em 40% e para os órgãos pélvicos em 17.78%, o que é concordante com a literatura consultada.

As metástases sistêmicas seguem-se principalmente após recorrências secundária (2). Pacientes com alto risco de câncer colorretal devem obter vantagem de uma quimioterapia adjuvante.

A quimioterapia sistêmica adjuvante tem sido frequentemente desapontante com relação ao prolongamento da sobrevivência (2,3...). Contudo, no câncer colorretal é sabido que a disseminação inicial das células tumorais ocorrem pelo caminho da veia porta para dentro do fígado. É racional baseado nisso a quimioterapia pós-operatória em casos selecionados.*

* QT pela veia porta.

(18)

O "follow-up" clínico foi possível em 48 pacientes de um total de 76 (63.16%), com um tempo médio de 23.15 meses e que continua a elevar-se com os casos ainda em acompanhamento (35 pacientes). A sobrevida média para os classificados como "D" foi de 9 meses, para os "B" foi de 40.33 meses, "C1" de 42 meses, "C2" de 16 meses e os Dukes A estão assintomáticos até o momento.

CONCLUSÕES

- O Câncer de reto incidiu igualmente em ambos os sexos.
 - As faixas etárias mais acometidas foram a quarta, quinta e sexta décadas de vida. Com uma idade média de 53.76 anos.
 - A incidência do Câncer de reto em pacientes menores do que 40 anos de idade foi significativamente maior que a encontrada na literatura.
 - Os sintomas mais frequentes foram o emagrecimento, hematoquezia, dor ano-retal e as alterações do hábito intestinal.
 - Em apenas um paciente a neoplasia foi descoberta durante o exame físico rotineiro.
 - O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma em 98.68% dos casos.
 - O toque retal alcançou a lesão em aproximadamente noventa por cento dos casos, sendo um procedimento inócuo, eficaz e não invasivo. Portanto deve fazer parte ativa do exame rotineiro.
 - O tempo médio de sintomatologia até o atendimento médico inicial foi de 9.28 meses, demonstrando a não valorização dos sintomas pelos doentes com conseqüente retardo diagnóstico.
 - A terapêutica cirúrgica permanece ainda a melhor opção para o tratamento da neoplasia.
 - O procedimento mais realizado foi a cirurgia de Miles em 39 pacientes. A mortalidade operatória deste foi de 2.56%.
 - A infecção urinária foi a complicação pós-operatória mais frequente devendo-se a longa permanência da sondagem vesical.
 - O fígado foi o sítio mais frequente de metástases seguido pelos órgãos pelvianos.
 - A sobrevida média foi de 26.33 meses.
 - A grande maioria dos pacientes encontrava-se no estágio D sendo submetidos a procedimentos de caráter apenas paliativo.
- 90

ABSTRACT

The records of seventy-six patients with rectal cancer treated operatively at the Caridade and University Hospitals (UFSC) by the Coloproctology Service of Florianopolis from 1980 through 1988 were reviewed retrospectively.

The mean age was 53.76 years. There were 40 men and 36 women. The male/Female ratio was 1.11.

The more common symptoms were weight loss, hematoquezia, anorectal pain, constipation, diarrhea and tenesmus.

Abdomino-perineal resection (Miles) was performed in 51.32%. Seventy-five tumors were adenocarcinomas according to the histopathology examination. Twenty-seven tumors were diagnosed as Dukes D (35.53%).

The mean follow-up was 23.15 months. Follow-up information and survival time were obtained on all patients analysed (48) from hospitals records and were correlated with Dukes stage.

BIBLIOGRAFIA

1. KUNE GA, et al. History of Colorectal polypectomy and risk of subsequent Colorectal Cancer. Br J Surg 1987;74:1064-65.
2. DOMERGUE et al. Colorectal Carcinoma in Patients younger than 40 years of age. Cancer 1988;61:835-840.
3. SCHWARTZ; Principios de Cirurgia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985:1298-377.
4. GOLIGHER JE, et al. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Lippincott Company. Great Britain 5th ed:1985.
5. LAWRENCE WW, MD. Current-Surgical Diagnosis & Treatment. New York: Lange, 1988 8th ed.:592-602.
6. MAINGOT, et al. Operaciones Abdominales. Buenos Aires: Panamericana, 1986 8th ed. 1986.
7. MINKY, et al. Resectable Adenocarcinoma of the Rectosigmoid and Rectum, Cancer 6:1408-1416, 1988
8. DANI R. et al, Gastroenterologia Clínica, Guanabara Kogan; Rio de Janeiro 1981

9. McDERMOTT, et al. Changing Survival Prospects in Rectal Carcinoma. Colon, & Rectum 29:12. 798-803 1986
10. WOLMARK N. et al, Analyses of Surgical and Treatment Failure Following Abdominoperineal and Sphincter-Saving Resection in Dukes B and C Rectal Carcinoma. Am. Surg. 304:4 480-487 1986

11. HEIMANN et al, Local Recurrence Following Surgical Treatment of Rectal carcinoma —
12. WANEBO and OTHERS; Pelvic Recurrence of Rectal Cancer Ann Surg. 205.5, 483-495; 1987
13. FINLAY and MC ARDE; Ocult Hepatic Metastases in Colorectal; Br. J. Surg 73.5;732-735, 1986
14. DE LEDN et al, Colorectal Cancer; Lahey Clinic Experience; Dis. Col. Rect.;30 4, 237-242; 1987
15. CORREIA, ALIPIO N. et al; Clínica Cirúrgica; Sarvier, São Paulo vol 5; 2
16. Lasser Ph, Elias D, Tabelem G. Adenocarcinomas rectaux chez l'adulte de moins de 35 ans. A props de 37 observations. J Chir 1984;124:419-424.
17. CARLSSON, LASSON E KELUND. Recurrences rates after curative surgery for Rectal Carcinoma, With Special Reference to Their Accuracy. Dis Colon Rectum 1987;30:431-434.
18. TAYLOR I, MACHINT D, NULLETT M et al. A randomized controlled trial of adjuvant portal vein cytotoxic perfusion in colorectal cancer. Br J Surg 1985;72: 359-363.
19. STERN H, STAFFORD T, LIBRACH C. Computerized data retrieval system for colon surgery. Dis Colon & Rectum 1985;28: 900-903.
20. McDERMOTT, et al. Changing Survival Prospects in Rectal Carcinoma: A series of 1306 Patients Managed by One Surgeon. Dis Col & Rect 1986, Vol 29, No. 12:798-803.
21. SUGARBAKER PH, GUNDERSON LL, WITTES RE. Colorectal Cancer Chap 25:796-873. — *mas*

TCC
UFSC
CC
0347

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0347

Autor: Benedetti, Roberto

Título: Neoplasias malignas do reto - um



972815247

Ac. 253169

Ex.1 UFSC BSACSM